

Schepker, Renate; Haffer, Amelie; Thrien, Michael

Die Sozialarbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. Aspekte der Qualitätssicherung im Lichte der Psychiatrie-Personalverordnung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (1995) 7, S. 280-287



Quellenangabe/ Reference:

Schepker, Renate; Haffer, Amelie; Thrien, Michael: Die Sozialarbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. Aspekte der Qualitätssicherung im Lichte der Psychiatrie-Personalverordnung - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (1995) 7, S. 280-287 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-8812 - DOI: 10.25656/01:881

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-8812>

<https://doi.org/10.25656/01:881>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Vandenhoeck & Ruprecht 

<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von M. Cierpka, Göttingen · G. Klosinski, Tübingen
U. Lehmkuhl, Berlin · I. Seiffge-Krenke, Bonn · F. Specht, Göttingen
A. Streeck-Fischer, Göttingen

Verantwortliche Herausgeberinnen:
Ulrike Lehmkuhl und Annette Streeck-Fischer
Redaktion: Günter Presting

44. Jahrgang / 1995

VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Essen
(Direktor: Prof. Dr. Ch. Eggers)

Die Sozialarbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik – Aspekte der Qualitätssicherung im Lichte der Psychiatrie-Personalverordnung

Renate Schepker, Amelie Haffer und Michael Thrien

Zusammenfassung

Nach einer Begriffsbestimmung von Sozialarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Sozialtherapie werden anhand der Regelaufgaben der Psychiatrie-Personalverordnung eigene konzeptuelle Entwicklungen und Erfahrungen dargestellt. Sozialarbeit leistet im Rahmen des multiprofessionellen Teams einen eigenständigen Beitrag zur Behandlung und ist unverzichtbar für die Perspektivenerweiterung der Institution.

1 Einleitung

Qualitätssicherung in der klinischen Arbeit darf sich nicht in umfassender Dokumentation erschöpfen, sondern meint nach der Bundespflegesatzverordnung, „ob die Personalausstattung nach der (Psychiatrie-Personal-) Verordnung in ein entsprechendes Behandlungsangebot umgesetzt wird“ (HAUSER 1991, S. 17). Dafür seien neben den konkreten Behandlungszielen und -mitteln „die nachvollziehbaren Tätigkeitsprofile der therapeutischen Berufsgruppen eine wesentliche Grundlage“ (KUNZE 1991, S. 13). Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) berechnet die Stellen für Heilpädagogen und Sozialarbeiter/-innen¹ gemeinsam und überläßt die Aufteilung auf die jeweiligen Berufsgruppen dem Konzept der einzelnen Institutionen.

Daraus ergibt sich für die einzelnen Kliniken bundesweit die Notwendigkeit einer inhaltlichen Bestimmung der Rolle der Sozialarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Essener Verhältnisse zeichnen sich historisch durch die Besonderheit eines guten Stellenschlüssels für dieses Berufsfeld aus, seitdem der Klinikdirektor die Besetzung einer zweiten Sozialarbeiter-Vollzeitstelle für die 30-Betten-Klinik und die Institutsambulanz zum Gegenstand seiner (Bleibe-)Berufungsverhandlungen gemacht hatte. Diese Forderung ergab sich logisch aus den Verhältnissen im Versorgungsgebiet: Essen weist ein besonders krasses soziales Gefälle auf (jahrelang hatte die Stadt bundesweit die höchste Quote an Dauerarbeitslosen), und demgegenüber war der Ausbau ambulanter Hilfsmöglichkeiten äußerst gering.

¹ Im folgenden wird jeweils die männliche Form gewählt; mit der Bezeichnung „Sozialarbeiter“ sind wegen des gleichen Tätigkeitsprofils auch die sozialtherapeutisch – nicht im Stationsdienst – beschäftigten Sozialpädagogen gemeint.

Demzufolge hatte die Institution die Möglichkeit, über Jahre ein integriertes Konzept von kinder- und jugendpsychiatrischer Sozialarbeit zu entwickeln, das hier beispielhaft dargestellt werden soll, da es den Regelaufgaben nach der Psych-PV gut entspricht.

2 Historische Entwicklung der Kliniksozialarbeit und Begriffsbestimmung einer „Sozialtherapie“

CABOT beschrieb 1985 die Notwendigkeit eines Sozialdienstes im Krankenhaus: „Der Sozialarbeiter soll wirtschaftliche, häusliche und psychologische Hindernisse beseitigen, die der Genesung entgegenstehen, und er soll Vorsorge treffen für die erste Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.“ (zit. nach REINICKE 1980). Diese knappe Beschreibung kann mühelos auch für die moderne Sozialarbeit/Sozialtherapie gelten.

Die Sozialarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat darüber hinaus weitere historische Ursprünge: Aus dem angloamerikanischen Raum die „social case work“; in der Definition von RICHMOND (1922) Prozesse, die zur Persönlichkeitsentwicklung beitrugen mittels bewußt herbeigeführter, interindividueller Anpassungsprozesse zwischen dem Menschen und seiner sozialen Umgebung. Diese Einzelfallhilfe verstand sich als „indirekte Therapie“ durch Modifikationen in der menschlichen und dinglichen Umgebung eines Patienten. In der ersten Child Guidance Clinic der USA, lange vor Einführung der Familientherapie, war die Sozialarbeiterin die einzige Person, die aktiven Kontakt zur Familie hielt. Für die Familien war sie praktisch mit vielen Ratschlägen und konkreten Hilfestellungen verfügbar, wobei alle Interventionen im Sinne des Behandlungsplans darauf abstellten, wünschenswerte Entwicklungsbedingungen für die Patienten zu schaffen (SCHULMAN 1979).

In England folgte die psychiatrische Sozialarbeit unter Rezeption psychoanalytischer Theorien dem amerikanischen Vorbild (LASK 1994) und wurde eine gewichtige Säule der Versorgung, so daß die Berufsgruppe im englischen Sprachraum zeitweise über eine eigene Zeitschrift verfügte („Psychiatric social work“, New York, 1947–1954). KRAEMER (1987) und LASK (1994) bedauern heute, daß Sozialarbeiter aufgrund ihres Status und ihrer Position in der Krankenhaushierarchie wenig Zeit in Forschungsaktivitäten investierten.

Aus dem deutschen Raum stammt die Tradition der „Fürsorge“ im Sinne von „Erziehungsfürsorge“ zur Ver-

hinderung von Verwahrlosung und Gefährdung, mithin auch die Aufgabe, als Instanz sozialer Kontrolle zu fungieren (vgl. BENEKE u. ZANDER 1980), wie es in England seit der Reorganisation der Sozialdienste 1971 auch zunehmend wieder der Fall ist (LASK 1994).

Noch 1973 standen in den alten Bundesländern einem Kliniksozialarbeiter in der Allgemeinen Psychiatrie 540 Betten gegenüber (PONTZEN 1980). Dies ließ neben einer Fülle der notwendigen Verwaltungsaufgaben, Regelung der Kostenübernahme und Fürsorgemaßnahmen keinen Raum für Einzelfallhilfe. PONTZEN (1980) fordert apodiktisch:

„Der Sozialarbeiter sollte aber die Aufgabe haben, den sozialen Ausgrenzungsprozeß in Kenntnis der sozialen Situation des Patienten unterbrechen zu helfen in einer ergänzenden Funktion zu der anderer therapeutischer Mitarbeiter, z. B. der Ärzte, wobei eine klare Aufgaben- und Kompetenzverteilung ... notwendig ist. (...) auf dem Weg der Entklinifizierung sozialer Probleme sollte das Unterstellungsverhältnis des Sozialarbeiters unter den Arzt eingeschränkt oder aufgehoben werden. Im milieuthérapeutischen und rehabilitativen Bereich bedeutet dies eine eigenständige Funktion des Sozialarbeiters. (...) Im Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD wird vorgeschlagen, in der augenblicklichen Situation ein Weiterbildungscurriculum zu entwickeln und zu erproben, aufgrund dessen die Sozialarbeiter zur Übernahme verantwortlicher Tätigkeit im Gesamtbereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik befähigt werden.“ (PONTZEN 1980, S. 351)

Eine solcherart ausgefüllte Berufsrolle kann dann mit Recht die Bezeichnung „Sozialtherapie“ für sich beanspruchen, die von SCHEPKER und EGGERS (1988) für den Bereich der Jugendpsychiatrie erstmals folgendermaßen beschrieben wird:

„Sozialtherapie im weitesten Sinne ist eine Sichtweise von Therapie, die über die ursprünglichen Ziele individueller Psychotherapie hinausgeht, indem die Patienten in ihrer ganzheitlichen, auch gesellschaftlichen Existenz wahrgenommen werden. (...) Über die übliche Sozialarbeit z. B. der Jugendämter geht diese Tätigkeit insofern hinaus, als hier gestörten Familien im Sinne eines umfassenden Gesundheitsbegriffs mit besonderen Interventionen zu einer sozialen Lebensfähigkeit verholfen wird oder ihnen zustehende Rechte gesichert werden. (...) Innerinstitutionell ist Sozialtherapie hilfreich zur Verstärkung der Teamzusammenarbeit im Sinne einer Aufhebung der Aufsplitterung in Tätigkeitsfelder und Verantwortlichkeiten. Überinstitutionell liefert die Sozialtherapie wichtige Hinweise für zu schaffende Versorgungsstrukturen im Gemeindebereich, um besser rehabilitativ und auch präventiv arbeiten zu können.“ (SCHEPKER u. EGGERS 1988, S. 417)

Natürlich darf die Wahrnehmung der ganzheitlichen Existenz der Patienten in einem Behandlungsteam nicht nur Sache des Sozialarbeiters sein, sondern muß für die individuelle Psychotherapie und die Gestaltung des stationären Milieus ebenso berücksichtigt werden im Sinne einer Vereinheitlichung der professionellen Sichtweisen zugunsten des Gesamttherapieplans. Ebenso verkürzt wäre es, im Sinne einer Polarität intrapsychisch-external oder intramural-extramural den Sozialarbeiter allein zum „Außen“-Spezialisten zu machen. Der Sozialarbeiter der Klinik bewegt sich nicht nur in dieser Polarität, sondern eher im Dreieck zwischen gesellschaftlicher Lebenswelt, ge-

schützter, aber auch ausgrenzender Lebenswelt der Klinik und innerseelischer Welt des Kindes. Die dieser Position inhärenten unterschiedlichen Sichtweisen (welche Seite des Dreiecks hat aktuell Vorrang?) verursachen durchaus Spannungen. Je besser der Sozialarbeiter die verschiedenen möglichen Strategien im Blick hat (über individuelle Psychotherapie oder Milieuthérapie ein besseres Auskommen mit der Außenwelt erreichen vs. Veränderungen in der Außenwelt herbeiführen), desto besser kann er in den Teamkonferenzen zur Gesamtplanung beitragen. Kontroversen entstehen dort, wenn Entscheidungen für ein eindimensionales Vorgehen getroffen werden müssen (Medikamentöse Regulierung? Geschlossene Unterbringung? Sorgerechts- Umgangsrechtsveränderungen?) bzw. häufiger über die zeitliche Vor- oder Nachrangigkeit unterschiedlicher Herangehensweisen entschieden werden muß oder über den Stellenwert einer individuellen Störung im Gesamtkontext². CLARK (1977) spricht sich daher vehement gegen die Möglichkeit einer Übernahme sozialarbeiterischer Funktionen durch andere Teammitglieder, etwa Pflegepersonal, aus, deren überwiegende Aufgabe die Gestaltung der innerinstitutionellen Realität ist.

In der heutigen jugendpsychiatrischen Literatur über stationäre Therapiekonzepte finden sich nur recht spärliche und widersprüchliche Bemerkungen über die Rolle der Sozialarbeit: Das dreibändige Standardwerk zum Fachgebiet (herausgegeben von REMSCHMIDT u. SCHMIDT, Grundlagenband 1988) erwähnt weder bei SIEFEN (1988) zur „Soziotherapie“ noch im Kapitel zur Rehabilitation im gleichen Band die Berufsgruppe der Sozialarbeiter, während zum Thema „Elternarbeit“ sozialarbeiterische Unterstützung bei kritischen sozioökonomischen Verhältnissen als gelegentlich notwendige Voraussetzung für die therapeutische Arbeit beschrieben wird (WARNKE 1988). Eine ähnliche Verkürzung um die sozialtherapeutische Dimension findet sich kursorisch bei STEINHAUSEN (1993). Eine neuere Übersicht im Rahmen der Qualitätssicherungsdiskussion benennt „Beratung und Zusammenarbeit mit Ämtern, Schulen und Heimen“ (Kategorie ‚andere psychosoziale Interventionen‘) als „wesentlichen Bestandteil der Therapie bei einer großen Zahl der Kinder und Jugendlichen und ihren Familien“ im Gegensatz zur medikamentösen Behandlung (MATTEJAT et al. 1994). Das Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie (EGGERS et al. 1994) hat die Ausführungen von SCHEPKER und EGGERS (1988) aufgenommen.

Ein sozialpädagogisches Konzept im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik wurde von HINRICHS und LANGKAMP (1993) beschrieben; es zeichnet sich jedoch im Gegensatz zum hier zu beschreibenden Modell

² Hier wird idealtypisch davon ausgegangen, daß bei den Patienten selbstverständlich eine psychiatrische Störung mit Eigen-dynamik besteht, die eine stationäre Behandlung begründet; d. h. daß die Alternative eines Jugendhilfe-Zugangs allein im Vorfeld bereits scheiterte bzw. ambulant angegangen wurde. Somit erübrigt es sich, an dieser Stelle die prinzipiell weiterbestehende Polarität zwischen Sozialarbeit im Rahmen der Jugendhilfe und Sozialarbeit im klinischen Rahmen theoretisch zu vertiefen.

dadurch aus, daß Sozialpädagogen den überwiegenden Anteil des stationären Teams stellen, d.h. die Aufgaben des Pflege- und Erziehungsdienstes mit übernehmen und diese berufsgruppenspezifisch konzeptuell umsetzen, indem extramurale Aktivitäten und Kontakte den Kern der Konzeption darstellen. Im amerikanischen Handbuch der Kinderpsychiatrie (NOSHPIZ 1979) findet sich ein eigenes Kapitel zu „Interventionen in der Umgebung“, das als Essenz der ähnlich wie bei SCHEPKER und EGGERS (1988) definierten Sozialtherapie „die Ich- Entwicklung stützende Interventionen“ benennt. Diese können darin bestehen, dem Kind neue Identifikationsmöglichkeiten zu verschaffen – sei es durch Mobilisierung von Laienhelfern oder Mentoren oder durch konkrete Unterstützung der Eltern. Das Ernstnehmen der sozialen Bedingungen einer Familie sei ein notwendiger, mit jeglicher anderen Behandlungsmodalität zu integrierender Bestandteil der kinderpsychiatrischen Arbeit (SCHULMAN 1979). Das englische Lehrbuch von RUTTER et al. (1994) enthält ein ausführliches Kapitel zur Kinderpsychiatrischen Sozialarbeit (LASK 1994), das neben einer historischen Darstellung und einem Überblick über theoretische Grundpositionen mögliche Interventionsstrategien beschreibt. Sozialarbeiterischer Beratungstätigkeit steht nach LASK (1994) ein eigener Indikationsbereich zu, der oft effektiver sei als Psychotherapie. LASK (1994) erwähnt die häufig in psychiatrischen Institutionen zu findenden Kinder, die viele Diskontinuitäts Erfahrungen gemacht haben und die sich mithilfe eines Sozialarbeiters an die reale Rekonstruktion ihrer Lebensgeschichte zur Identitätsfindung begeben können.

3 Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung

Die Aufgaben der Sozialarbeiter und -pädagogen sind in der Psych-PV nicht von den Aufgaben der Heilpädagogen getrennt. Das in der Anlage differenzierte Tätigkeitsprofil beschreibt ein eigenständiges und teilweise von anderen Gruppen unabhängiges Arbeitsgebiet – so kann *Familienberatung* selbständig durchgeführt werden, nur bei *Familietherapie* und *Angehörigengruppen* ist „Mithilfe bei“ ergänzt. Bei Anamnese- und Befunderhebung sind als Tätigkeiten im Rahmen der Mithilfe die *Sozialanamnese* und *psychosoziale Diagnostik* spezifiziert. *Sozialtherapeutisches Kompetenztraining* gilt als eigenständiges Gebiet (einzeln und in Gruppen). Davon differenziert sind die *sozialtherapeutische Einzelfallhilfe für Kinder, Jugendliche und ihre Familien*, die *Zusammenarbeit mit Diensten außerhalb des Krankenhauses*, die *Vorbereitung der außerfamiliären Unterbringung* und die *Klärung von Anspruchsvoraussetzungen* gegenüber Leistungsträgern. Die *Durchführung der außerfamiliären Unterbringung* hat erneut das Suffix „Mithilfe bei“, wobei die Psych-PV bei den anderen Berufsgruppen genau differenziert und die Durchführung der außerfamiliären Unterbringung ebenso im Kompetenzbereich des Pflege- und Erziehungsdienstes beschreibt.

In Abgrenzung zur Berufsgruppe der Heilpädagogen ist die Zuständigkeit der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik nur bei den „Heilpädagogischen Einzelmaßnahmen“ eindeutig

nicht gegeben, das heißt im Bereich der kinderpsychiatrischen Behandlung bis 14 Jahre verbleibt theoretisch anhand der Minutenwerte eine Zuständigkeit für 54% des Tätigkeitsprofils (350 von 650 Minuten ohne Besprechungen und Supervision) und im Bereich der jugendpsychiatrischen Regelbehandlung für 85% (440 von 520 Minuten ohne Besprechungszeiten).

4 Eigenes Konzept

Voraussetzungen: Bisher stehen in unserer Klinik für 30 stationäre Behandlungsplätze 1,5 Sozialarbeiterstellen zur Verfügung, die mit einem Sozialarbeiter und einer Sozialpädagogin besetzt sind und sich gemäß den Stationsgrößen folgendermaßen verteilen: Jugendliche 0.046 Stellen je Behandlungsplatz (0.6 Stellen auf 13 Plätze); Kinder bis 10 Jahre 0.05 Stellen je Behandlungsplatz (0.4 Stellen auf 8 Plätze); Schulkinder 10–14 Jahre 0.055 Stellen je Platz (0.5 Stellen auf 9 Plätze). Diese Verteilung entspricht recht genau der Hochrechnung nach dem zustehenden Stellenkontingent gemäß der Psychiatrie- Personalverordnung³. Die beiden Mitarbeiter vertreten sich gegenseitig, so daß eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet ist. In Anlehnung an die Regelaufgaben der Psych-PV seien im folgenden einige Tätigkeitsfelder geschildert.

4.1 Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik

In der Regel treten Sozialarbeiter oder -pädagogin nicht bei der Aufnahme in Kontakt zu den Eltern des Patienten. Dies ist jedoch immer dann der Fall, wenn vor der Aufnahme der Auftrag an die Klinik durch verschiedene Helfer (etwa Heim, Eltern und Jugendamt) geklärt werden muß, etwa wenn Eltern durch die stationäre Behandlung eine gutachterliche Stellungnahme zu Sorgerechtsfragen erhoffen und darüber mit dem Jugendamt im Streit liegen, oder wenn berechtigte Befürchtungen bestehen, daß mit der stationären Aufnahme der Lebensmittelpunkt des Kindes (ob inner- oder außerfamiliär) aufgehoben werden soll. In solchen Fällen haben sich Helferkonferenzen mit *allen* Beteiligten nach dem Vorbild von ASEN (1991) bewährt. Sozialarbeiterische Kompetenz ist von seiten unserer Institution in diesen Helferkonferenzen ebenso wertvoll wie therapeutisch-systemische (vgl. hierzu aus Sicht der Heimerziehung auch SCHWEITZER u. REUTER [1991] mit der Beschreibung der ‚Helfer-Systeme‘ und zum Umgang mit Überweisungen in Rundtischgesprächen).

Mit der Aufnahme beginnen Aufgaben und Kontakte der Sozialarbeit dann, wenn Ansprüche gegenüber Leistungsträgern, wie dem Sozialamt, zu klären sind (etwa die Berechtigung auf weitere Unterhaltszahlungen bei Wochenendbesuchen des Kindes zu Hause und für Besuche der Angehörigen in der Klinik, oder Taschengeldregelungen). Der Sozialarbeiter holt nach Schweigepflichtsentbin-

³ Die Berechnungen sind Näherungswerte; sie erfolgten nicht gemäß den Stichtagserhebungen wie in der Psych-PV vorgeschrieben, sondern zum Zwecke dieser Arbeit kursorisch.

dung Vorinformationen über die Familie vom Jugendamt, vom vorbetreuenden Hort, von der Heimgruppe o.ä. ein, nachdem den Eltern erklärt wurde, daß das Behandlungsteam alles über den Patienten wissen müsse, was an Erkenntnissen aus der Vergangenheit hilfreich sein könnte. Gelegentlich findet in diesem Rahmen ein Hausbesuch bei der Familie statt, der nochmals mehr diagnostische Erkenntnisse bringt über die Wohnumgebung und deren Vorzüge und Gefährdungen. Nach einem Hausbesuch wissen wir, ob die häusliche Umgebung des Kindes karg oder lebendig, gut gepflegt oder vernachlässigt, feucht oder gesundheitsfördernd ist; welches Spielzeug vorhanden ist, wie die Umgangsweisen in der Familie außerhalb der Klinik sich gestalten, welche Möglichkeiten die Straße und das Stadtviertel dem Kind oder Jugendlichen bieten. Während andere Behandlungskonzepte vor allem im Langzeittherapiebereich einen Hausbesuch in der diagnostischen Phase zum Standardrepertoire erklären, ist dies bisher bei uns aus Zeitgründen nur bei wenigen Behandlungen möglich.

In der Regel erleben Eltern den Hausbesuch, wenn seine Intentionen genau erklärt werden, nicht als eindringend, sondern als Ausdruck der engagierten Suche des Klinikteams nach Verständnis der Familiensituation. Wäre es der Familientherapeut und nicht der Sozialarbeiter, der den Hausbesuch durchführt, würden sich sicherlich andere, meist schwierigere Haltungen der Eltern einstellen. Der Sozialarbeiter kann hier demgegenüber seine berufliche Kompetenz als Zuständiger für den Realraum zur Geltung bringen. Ein eindrucksvolles Fallbeispiel eines im diagnostischen Sinne effizienten sozialarbeiterischen Hausbesuches findet sich bei BLOM (1979): Hier wurde der extensive Wochenend-Fernsehkonsument eines präpsychotischen Jungen als Ursache für das desorganisierte Verhalten am Montag aufgedeckt und darüber hinaus die biographisch verständlichen Attributionen der Mutter (Phantasiewelten und Kreativitätsförderung) als Verstärker exploriert.

4.2 Sozialtherapeutisches Kompetenztraining

Dies ist methodisch bisher als Einzelangebot in allen Bereichen und als Gruppenangebot im Jugendlichen-Bereich umgesetzt worden. Im Gegensatz zur regressionsfördernden Atmosphäre der Station fungiert der Sozialarbeiter hier als „Hilfs-Ich“ bei Ängsten der Patienten, Schritte zur Verselbständigung und zum Bewegen in der Welt „draußen“ zu tun. Vom Umgang mit Taschengeld (Einkaufen), dem Benutzen eines Fahrkartenautomaten, dem Entziffern von Gebrauchsanweisungen und Wegbeschreibungen bis hin zum Ausfindigmachen und Aufsuchen von Freizeitangeboten sind viele alltägliche Aufgaben für manche Patienten ein Problem. Hierbei soll der Sozialarbeiter weder einem Kind oder Jugendlichen vorhandene Kompetenzen absprechen noch im Wissen um eine altersgerechte „Normalität“ bestehende Ängste überrennen. Das Gruppenangebot umfaßte wöchentliche Nachmittage mit konkreten Aufgabenstellungen. An benannten Schwierigkeiten der Jugendlichen orientiert, wurden Aufgaben zunehmenden Anforderungsgrades in der geschlossenen Gruppe an-

gegangen: z.B. Ausfüllen einer Banküberweisung, Erkundigungen im Reisebüro einziehen, sich ein Buch zur einer bestimmten Fragestellung besorgen. Dieses Vorgehen hatte zusätzlich den Vorteil, gegenseitige Unterstützung und Rücksichtnahme der Jugendlichen zu üben, und es war stets positiv zu erleben, wie unkompliziert stark verhaltensauffällige Patienten im Alltagsverhalten außerhalb der Klinik sein konnten. Nach unserer Erfahrung ist bei Jugendlichen der Realitätsgehalt des Soziotrainings wesentlich. Ein anderer möglicher Zugang, wie pädagogisches Rollenspiel in den Räumen der Station, hat sich wegen des fehlenden Transfers als deutlich weniger effizient erwiesen.

4.3 Wiedereingliederung in Schule, Ausbildung, Arbeit, Freizeit

Die schulische Wiedereingliederung wird mit den Lehrern der assoziierten Schule für Kranke abgestimmt, sozialarbeiterische Hilfen beziehen sich dann auf das Organisieren von Hausaufgabenbetreuung oder anderen außerschulischen Fördermaßnahmen. Zum Bereich Ausbildung und Arbeit bedarf es oft intensiver Gespräche bezüglich einer realistischen Selbsteinschätzung der Jugendlichen, in denen idealisierende Vorstellungen von den eigenen Fähigkeiten ebenso mit der Realität abzugleichen sind wie Ansprüche, von der Institution mit allem ohne eigenes Zutun versorgt zu werden. Bei eher ängstlich gehemmten Jugendlichen steht die ich- stützende Arbeit am positiven Selbstkonzept im Vordergrund, vermittelt über die Vorbereitung von Vorstellungsgesprächen oder in Auswertung eines extramural begleiteten Praktikums. Besonders in diesem Feld spürt der Sozialarbeiter die von CLARK (1977) erwähnten Projektionen aller Seiten: Während bei mittelständischen Arbeitgebern vor der Annahme eines psychiatrisch hospitalisierten Praktikanten viele Vorurteile auszuräumen sind, wächst der institutionelle Druck des Teams bei nicht-erfolgreichen Vermittlungen, die die Verweildauern der Patienten unnötig erhöhen, und gerne werden solche Mißerfolge dann einer mangelnden Kompetenz des Sozialarbeiters zugeschrieben.

Im Großteam sind genaue Einschätzungen über die Belastbarkeit der Kinder und Jugendlichen zu treffen, bevor extramurale Aktivitäten zur Vorbereitung der Entlassung unternommen werden. Für jeden Patienten den passenden Weg im Großraum des Ruhrgebietes zu finden, erfordert Kreativität und Findigkeit bei der großen Vielfalt von Stadtteilinitiativen, Vereinen, Beratungsstellen, Jugendgruppen, Kirchengemeinden, auch Arbeitgebern und Rehabilitationsberatern. Hier ist persönlicher Einsatz und Überzeugungsarbeit bei den Verantwortlichen zu leisten, ohne dabei den betreffenden Jugendlichen zu entmündigen.

4.4 Familienberatung und Mitwirkung an Familientherapien

Familienberatung überschneidet sich zunächst mit dem Bereich der sozialtherapeutischen Einzelfallhilfe: Immer dann, wenn im Team nach gemeinsamer Diskussion ein

Gedanke wie der entstanden ist, der Familie die Hilfe einer SPFH⁴ anzubieten, wird der Sozialarbeiter gebeten, dies – oft gemeinsam mit dem Therapeuten – mit der Familie zu erörtern. Das gleiche gilt für Vermittlungen von anderweitigen Hilfen für die Eltern, die von unserer Institution nicht gestellt werden können. Dabei muß der Sozialarbeiter ein breites Spektrum von Selbsthilfe-, Therapie-, Kontakt- und Beratungseinrichtungen gut kennen und über die Sachberatung hinaus mit Ängsten der Familien vor einer Inanspruchnahme umgehen.

Wird gemeinsam die Perspektive einer außerfamiliären Unterbringung entwickelt, beginnt für den Sozialarbeiter eine längere Phase aktiver Mitgestaltung an der Familientherapie. Das Erörtern konkreter Schritte (z. B. Jugendhilfe, Kostenträgerschaft) geht Hand in Hand mit der Entscheidungsfindung, dem Durcharbeiten der Ambivalenz, der Trennungs- und Trauerarbeit und Schritten zum Erhalt der positiven Ressourcen der Familie für das betroffene Kind. Wir nehmen diese Phase der „Heimvorbereitung“ sehr ernst und haben aus den Karrieren von Patienten mit „Heimwanderpreis“ vor der stationären Behandlung bei uns gelernt, die typischen Fehler zu vermeiden, die bei SCHWEITZER und REUTER (1991) als „Bindungs-Ausstoßungszyklus“ beschrieben sind.

Die *außerfamiliäre Unterbringung* selbst nimmt in unserer Klinik im Gegensatz zu den vorgegebenen Minutenwerten der Psych-PV zeitlich einen großen Raum ein. Neben selbstverständlichen formalen Abläufen: Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, Kostenregelung, Berichterstattung, Klärung von Vorstellungsterminen ist viel inhaltliche Vorarbeit zu leisten. Auf der institutionellen Seite geht es um eine Vorklärung, ob das Profil der Einrichtung mit den Förderbedürfnissen des jeweiligen Patienten zusammenpaßt, um eine detaillierte Beschreibung des für den jeweiligen Patienten notwendigen Angebots, und um eine Abstimmung mit dem zuständigen Jugendamt bezüglich der Kompetenz und Aufgabenteilung. Häufig sind von den weiterbetreuenden Einrichtungen erbetene fachliche Vorgespräche wahrzunehmen. Auf der individuellen Seite ist in mehreren Einzelsitzungen mit dem Kind die Vorstellung in der Einrichtung vorzubereiten, sind Phantasien, Ängste und konkrete Befürchtungen zu bearbeiten. Bei jüngeren Kindern geschieht dies oft über darstellerische Techniken, wie Malen, Gestalten, und – eine sehr wesentliche Hilfe – das Anlegen eines Fotoalbums beim ersten Besuch. Gelegentlich sind mehrere Besuche vor der Unterbringung selbst anzuraten.

Viele dieser Schritte erfordern eine feine Abstimmung mit dem Pflege- und Erziehungsteam der Station und dem Familien- und Einzeltherapeuten sowie dem Sachbearbeiter des Jugendamtes. Wer fährt wohin wann mit? Welche Schritte können die Eltern/der Jugendliche/das Kind selbstständig gehen?

Beispielhafter Ablauf (eine Sozialarbeiter-Kartei):

8.1. Diskussion im Team über mögliche Perspektiven des Kindes C. 15.1. Informatorisches Elterngespräch. 24.1. Zweites Elterngespräch, Vereinbarung einer Schweigepflichtsentbindung gegenüber dem Jugendamt. 25.1. Erster Kontakt zur zuständigen Sachbearbeiterin. Diskussion um Kostenträgerschaft und Auswahl der Einrichtung mit dem Heimsachgebiet. 27.1. Familiengespräch mit Kind. Ab. 29.1. regelmäßig Einzeltermine mit dem Kind. 30.1. Helferkonferenz mit Allgemeinem Sozialdienst, Heimsachgebiet und Eltern zur Klärung dieser Fragen, Entwicklung des Anforderungsprofils. 1.2. Besprechen des Fallberichtes und der Formulierung bezüglich der Anforderungen 2.2 Beginn der Kontaktaufnahmen zu Einrichtungen (insgesamt 15 Telefonate, Versendung von 5 Berichten an Einrichtungen), jeweils in Absprache mit Heimsachgebiet. 5.2. Drittes Elterngespräch. 10.2. Erste Rückmeldungen. 10 weitere Telefonate. Absagen. 15.2. Endlich Interesse. Vereinbarung eines Gesprächstermins zum Fachgespräch. 20.2. Fachgespräch. 27.2. Erstvorstellung mit Eltern, Bezugsperson und Kind in der Einrichtung. 1.3. Elterngespräch: Nacharbeiten. 7.3. Zweiter Heimbesuch mit Kind. 14.3. Hausbesuch mit Kind, Abschied. 20.3. Entlassung ins Heim. 20.5. Teilnahme am 1. Hilfeplan- Gespräch. 20.9. Teamgespräch wegen weiteren Integrationsproblemen.

Die durchgehende Dokumentation, zwischenzeitliche telefonische Rückfragen, Abstimmungen mit dem Behandlungsteam sind in dieser Aufstellung noch nicht enthalten. Im Jahreszeitraum von Juli 1993 bis Juli 1994 mußten mit dem beschriebenen Vorgehen trotz vorausgehender intensiver Familientherapie 28% aller stationär behandelten Patienten fremdplaziert werden⁵ (vgl. Tab.1). Dieser recht große Anteil ergibt sich aus dem hohen Selektionsgrad stationär behandelter Patienten aus unserem dicht besiedelten, sozial stark belasteten Einzugsgebiet: Das westliche und mittlere Ruhrgebiet weist keine ländliche Bevölkerung und einen überproportional hohen Anteil an Sozialhilfeempfängern auf, andererseits werden nur 18% der in der Institutsambulanz vorgestellten und behandelten Patienten stationär aufgenommen. Darüber hinaus schlägt die noch mangelhafte Infrastruktur mit zu geringem Ausbau ambulanter Hilfen zu Buche, die z.T. ebenfalls die langen Krankheitsvorgeschichten der meisten stationären Patienten ausmachen. Weitere 21% aller stationären Patienten wurden in ambulante Maßnahmen vermittelt, wobei der Anteil an Maßnahmen insgesamt mit dem Alter der Patienten abnimmt: so wurden 63% aller unter 10-jährigen in ambulante oder stationäre Maßnahmen vermittelt, 54% der 10–14-jährigen und 47% der 14–20-jährigen.

4.5 Sozialtherapeutische Gruppen zur Erweiterung und Festigung der Kompetenzen im sozialen Bereich

Prototypisch sei hier eine Gruppe geschildert, die seit Jahren mit der Stationsgruppe der 10–14-jährigen von der Heilpädagogin und einem Sozialarbeiter gemeinsam durchgeführt wird. Prinzipiell nehmen alle Patienten der Stationsgruppe daran teil, es werden wegen der beschränkten Gruppenfähigkeit der Kinder wöchentlich 2 kleine Gruppen (4–5 Patienten) gebildet. Es finden Inter-

⁴ Sozialpädagogische Familienhilfe – eine der ambulanten Hilfen gemäß dem KJHG.

⁵ Patienten, die vor der Aufnahme bereits Heimbewohner waren, wurden hier nicht mitgezählt.

Tab. 1: Außerfamiliäre Unterbringung (7/1993–7/1994)

Alter in Jahren	Unterbringungs- häufigkeit außerfamiliär	n	Art der Einrichtung
4–10	27%	6	heilpädagogische Gruppe
		3	Kinderheimgruppe und ambulante Psychotherapie
10–14	35%	3	heilpädagogische Gruppe
		1	psychotherapeutische Gruppe
14–20	25%	5	Kinderheimgruppe
		9	Jugend-Wohngruppe, Verselbständigungsgruppe
		2	psychotherapeutische Gruppe
		1	Familiengruppe
		1	Rehabilitationseinrichtung (BSHG)
		1	Berufsfindungswerk
		1	Aufnahmeheim

aktionsspiele und Bewegungsspiele in einem kleinen, gepolsterten Raum statt, die Paar-, Partner-, Gruppen- oder Rollenspielcharakter haben können und in denen die regelhaft auftretenden Konfliktsituationen Vorrang haben. Hierzu ist eine ich-stützende, enge Begleitung der schwerer gestörten Kinder notwendig. Manche müssen gestuft, für eine begrenzte Gruppenzeit, in die Gruppe eingeführt werden. Die Zielsetzung dieser Gruppenarbeit findet sich bei KOLKO et al. (1990) folgendermaßen beschrieben: „Eine Förderung der sozialen Wahrnehmung, Kenntnis sozialer Regeln und Peergroup-Verhaltens, die ein Training sozialer Problemlösefähigkeiten umfaßt und sich dazu gruppenbezogener Spiele und Aufgabenstellungen bedient.“ (Kolko et al. 1990, S. 738, Übers. d. d. Verf.) Die von uns vorgenommene Gruppengestaltung unterscheidet sich vom Vorgehen bei Kolko et al. (1990) dergestalt, daß die Gruppe offen geführt wird, daß keine schriftlichen und visuellen Trainingsmaterialien verwendet werden und keine schulischen, sondern spielerische Interaktionen intendiert sind, um in den Gruppenstunden möglichst viel Realitätsgehalt zu belassen.

4.6 Nachbetreuung nach der stationären Behandlung und Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

Oft wird der Kliniksozialarbeiter zu Jugendhilfe-Planungsgesprächen bei ehemaligen Patienten eingeladen und kann aus seiner Kenntnis heraus eine Entwicklung neuer Ressourcen positiv einschätzen helfen, oder er kann praktikable Ergänzungsvorschläge machen. Des öfteren wird er von den Eltern eines Kindes um eine Teilnahme gebeten, die ihn als hilfreichen Vermittler zum Jugendamt oder Heim erlebt haben und mit ihm mehr emotionalen Kontakt aufgebaut haben als mit dem – regelhaft mit Fällen überlasteten – zuständigen Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialdienstes. Gelegentlich gelingt es in diesem Rahmen, die Eltern von der Notwendigkeit zu überzeugen, eine begonnene Maßnahme durchzuhalten, und den aktuellen Betreuern eine bessere Einschätzung von den Bedürfnissen

und Sorgen der Eltern zu vermitteln. Gelegentlich wird der Kliniksozialarbeiter von nachbetreuenden Einrichtungen zu einigen supervisorischen Gesprächen eingeladen⁶, wobei unsere Erfahrung zeigt, daß solche kollegialen sozialarbeiterischen Gespräche oft besser angenommen werden als Beratungen durch den früheren Therapeuten.

Der Sozialarbeiter ist ein konstanter und kompetenter Teilnehmer psychosozialer Arbeitskreise, nicht nur, da sich hier sein originäres Berufsfeld – Kontakte zu außerklinischen Institutionen – abbildet und da es notwendig ist, für die vielen Kontaktpersonen persönlich identifizierbar zu sein. In psychosozialen Arbeitskreisen wird in den Bereichen geplant und argumentiert, die ein Sozialarbeiter-Grundstudium konstituieren, d. h. juristische, systemische, institutionstheoretische, gesellschaftstheoretische Dimensionen der psychosozialen Versorgung. Eine institutionalisierte Form der Kooperation mit Diensten außerhalb der Klinik ist die monatliche „Fallkonferenz“ mit Sozialarbeitern, die vom Oberarzt der Ambulanz und dem Sozialarbeiter gemeinsam durchgeführt wird.

4.7 Mitwirkung an Angehörigengruppen

Für die Eltern psychotischer Patienten findet eine Angehörigen-Gruppe statt (nach HELL 1988), die vom Sozialarbeiter gemeinsam mit einem Psychologen angeboten wird (RÖPCKE u. EGGERS 1993). Da es neben dem Umgang mit der Erkrankung stets Probleme z. B. bei der Berufsanbahnung und Ausbildung gibt, ist sozialarbeiterisches Wissen oft gefragt. Wiederum kann sich der Sozialarbeiter dabei nicht auf die Weitergabe von Informationen zurückziehen, sondern er hat die Aufgabe, die Kompetenz der Familie soweit zu stärken, daß diese sich erfolgreich um die weitere Entwicklung ihres Kindes kümmern kann.

5 Schlußfolgerungen und Ausblick

Sozialarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der hier geschilderten Form ist nicht denkbar ohne klare Teamstrukturen, festgelegte und respektierte Rollenkompetenzen und auch nicht ohne ein Gesamtkonzept der Institution, das für uns als analytisch und systemisch-familiendynamisch zu beschreiben ist. Jüngere, in hierarchischen Klinikstrukturen sozialisierte Ärzte erleben die Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern gelegentlich als eine Einschränkung ihrer Berufsrolle und Allzuständigkeit. Dies schafft Agierfelder für die Familien und Holprigkeiten im Therapieverlauf, wie sie auch von IRELAND (1967) diskutiert werden.

Zur Funktionsfähigkeit des Gesamtsystems der Institution nehmen die gemeinsamen Chef- und Oberarztvisiten einen wesentlichen Raum ein, die in der Psychiatrie-Personalverordnung für alle Berufsgruppen mit einem ausreichenden Zeitkontingent vorgesehen sind. Alle mit einem Patienten befaßten Berufsgruppen nehmen daran teil und

⁶ Solche Leistungen werden im Rahmen der Institutsambulanz abgerechnet und sind nicht in der Psych-PV enthalten.

tragen durch ihre fach- und rollenspezifische Perspektive dazu bei, daß ein Bild des Patienten entsteht, aus welchem eine gemeinsame Vorgehensweise entwickelt wird (vgl. hierzu JANSSEN 1987). Im Gegensatz zur Ansicht von HINRICHS und LANGKAMP (1993) ist ein „Goal attainment scaling“ u.E. hierbei nicht zu zeitaufwendig, sondern in Form eines „Zielplanprotokolls“ nach NURCOMBE (1989) (mit konkreter Formulierung für alle Berufsgruppen und Zeitperspektive für das Erreichen der Ziele) bewährter Bestandteil unserer „Zielpkonferenzen“, die nach der diagnostischen Phase sowie gegen Mitte und Ende des Aufenthaltes für jeden Patienten mit einer Zeitstunde angesetzt sind. Nur auf diese Weise läßt sich verhindern, daß sich der Sozialarbeiter – eventuell in Identifikation mit dem Patienten – als einsamer Grenzgänger und Kämpfer gegen eine unwirtliche, von Sparmaßnahmen gebeutelte Außenwelt erlebt: Der Sozialarbeiter handelt stets als Vertreter der Institution, die ihn delegiert, mit den nötigen Argumenten ausstattet und bei Bedarf stützt. Dies geschieht nicht zuletzt in Form der Supervision, die nach der Psych-PV ebenfalls für alle Berufsgruppen vorzuzulassen ist.

Den im engen Sinn therapeutisch tätigen Ärzten und Psychologen der Institution kommt die Aufgabe zu, die Sozialarbeit zu fördern (in ihrer konzeptuellen Eigenständigkeit, was eine Abwendung von hierarchischen Krankenhausmodellen und eine Hinwendung zu systemischen Teamkonzepten erfordert) und zu fordern (als Kompetenz in jedem Einzelfall für den einzelnen Patienten und seine Familie). Auch vice versa kommt den Kliniksozialarbeitern eine wichtige Funktion in der Weiterbildung der anderen Berufsgruppen zu (IRELAND 1967, LASK 1994), um diese zu einer Perspektiverweiterung hinsichtlich der Nutzung kommunaler Ressourcen heranzubilden. Zwar ist SCHWEITZER und REUTER (1991) zuzustimmen, daß sich Rollendefinitionen nicht verordnen lassen. Nach den eingangs ausgeführten theoretischen Grundlagen wäre es ausreichend, nur den Raum dafür zu schaffen, daß das bereits in den Sozialarbeitern und Sozialpädagogen qua Ausbildung vorhandene Potential sich entfalten kann. Wenn ein Nachholbedarf besteht, dann am ehesten auf seiten der klinischen Institutionen.

Summary

Social Work in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry

After defining social work in child and adolescent psychiatry as social therapy, we present the development of our own concept and our experiences, referring to the Psych-PV's professional provisions (Psych-PV being a law ruling the staff: patient ratios in FRG). Social work in the multiprofessional team contributes independently to therapy, and it unquestionably adds to the institutional perspectives.

Literatur

- ASEN, E. (1991): Erfahrungen mit der tagesklinischen Familientherapie in London. In: K. GABRIEL (Hrsg.): Versorgungskonzepte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Defizite und Möglichkeiten. 2. Essener Forum für psychosoziale Versorgung. Eigendruck Stadt Essen (S. 49–54). – BENEKE, E./H. ZANDER (1980): Sozialarbeit/Sozialpädagogik. In: KREFT, K./I. MIELENZ: Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Weinheim: Beltz (S. 390–395). – BLOM, G. E. (1979): Psychoeducation in the clinical setting. In: NOSHPITZ, J. D./S. I. HARRISON (eds.): Basic handbook of child psychiatry. Vol III: Therapeutic interventions. New York: Basic Books (pp. 314–333). – CLARK, D. H. (1977): Soziotherapie in der Psychiatrie. Freiburg: Lambertus. – EGGERS, C./LEMPF, R./NISSEN, G./P. STRUNK (1994): Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 7. völlig überarb. Auflage. Berlin: Springer. – HAUSER, G. (1991): Die Psychiatrie-Personalverordnung aus der Sicht eines Verwaltungsleiters. In: WIENBERG, G./Institut für Kommunale Psychiatrie (Hrsg.): Die neue „Psychiatrie-Personalverordnung“ – Chance für die Gemeindepsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag (S. 16–22). – HELL, D. (1988): Angehörigenarbeit und Schizophrenieverlauf. Nervenarzt 59, 66–72. – HINRICHS, G./A. LANGKAMP (1993): Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42, 167–171. – IRELAND, E. (1967): The social worker's contribution to training in child psychiatry. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Associated Professions 8, 99–104. – JANSSEN, P. L. (1987): Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett-Cotta. – KOLKO, D. J./LOAR, L. L./D. STURNICK (1990): Inpatient social-cognitive skills training groups with conduct disordered and attention deficit disordered children. Journal of Child Psychology and Psychiatry 31, 737–748. – KRAEMER, S. (1987): Working with parents: casework or psychotherapy? Journal of Child Psychology and Psychiatry 28, 207–213. – KUNZE, H. (1991): Psych-PV und die konzeptionelle Weiterentwicklung des psychiatrischen Krankenhauses. In: WIENBERG, G./Institut für Kommunale Psychiatrie (Hrsg.): Die neue „Psychiatrie-Personalverordnung“ – Chance für die Gemeindepsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag (S. 9–15). – LASK, J. (1994): Social work in child psychiatry settings. In: RUTTER, M./TAYLOR, E./L. HERSOV (eds.): Child and adolescent psychiatry. Modern approaches. 3rd ed. Oxford-Blackwell. – MATTEJAT, F./GUTENBRUNNER, C./H. REMSCHMIDT (1994): Therapeutische Leistungen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik mit regionalem Versorgungsauftrag und ihrer assoziierten Einrichtungen. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 22, 154–168. – NURCOMBE, B. (1989): Goal-directed treatment planning and the principles of brief hospitalization. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 28, 26–30. – PONTZEN, W. (1980): Sozialarbeiter in der psychiatrischen Versorgung. In: KREFT, K./I. MIELENZ: Wörterbuch Soziale Arbeit, Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Weinheim: Beltz (S. 350–351). – REINICKE, P. (1980): Sozialdienst im Krankenhaus, In: KREFT, D./I. MIELENZ: Wörterbuch Soziale Arbeit, Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Weinheim: Beltz (S. 395–96). – RICHMOND, M. E. (1922): What is social casework? An introductory description. New York: Russell-Sage Foundation (zit. bei SCHULMAN 1979). – RÖPCKE, B./EGGERS, C. (1993): Betreuung von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen. Vortrag auf der XXIII. Wissenschaftlichen Tagung der DGKJP, Köln 28.4.–1.5.1993. – RUT-

TER, M./TAYLOR, E./L. HERSON (eds.) (1994): Child and adolescent psychiatry. Modern approaches. 3rd ed. Oxford: Blackwell.

– SCHEPKER, R./C. EGGERS (1988): Psychiatrie. In: STEPHAN, U. (Hrsg.): Langzeittherapie im Kinder- und Jugendalter. Stuttgart: Hippokrates (S. 387–421).

– SCHULMAN, R. (1979): Environmental interventions. In: NOSHPITZ, J. D./S. I. HARRISON (eds.): Basic handbook of child psychiatry. Vol III: Therapeutic interventions. New York: Basic Books, pp. 300–314.

– SCHWEITZER, J./D. REUTER (1991): Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40, 171–176.

– SIEFEN, R. (1988): Soziotherapie. In: REMSCHMIDT, H./M. H. SCHMIDT (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis Bd. I.

Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik, Therapie. Stuttgart: Thieme (S. 740–749).

– STEINHAUSEN, H. C. (1993): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie; 2. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg.

– WARNKE, A. (1988): Elternarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: REMSCHMIDT, H./M. H. SCHMIDT: Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis Bd. I. Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik, Therapie. Stuttgart: Thieme (S. 750–763).

Anschrift der Verfasser/innen: Dr. med. Renate Schepker, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Essen, Virchowstr. 174, 45147 Essen.